

тельность заболевания в наблюдаемой группе была от 3 месяцев до 2 лет. Диагноз герпетического блефарита был выставлен 25,6% пациентов, конъюнктивита — 57,4%, блефароконъюнктивита — 17%. Средняя частота рецидивов (4—6 в год) отмечалась 55,3% пациентами, непрерывное течение заболевания — 44,7%. Причем среди пациентов с изолированным поражением век регистрировались только рецидивирующие формы заболевания со средним количеством рецидивов. А у всех пациентов с непрерывно-рецидивирующими формами заболевания была вовлечена в процесс конъюнктивита. Что же касается факторов, провоцирующих развитие рецидива инфекции, то только 6 человек (12,8%) указывали на респираторное заболевание или переохлаждение, у остальных 87,2% причину обнаружить не удалось. Зато 83% обследованных отмечали значительное уменьшение или полное отсутствие рецидивов в летнее время, а при непрерывно рецидивирующих формах заболевания спонтанное снижение интенсивности клинических проявлений летом. Диагноз герпетического поражения век устанавливался на основании появления типичных везикулезных высыпаний на коже. Клиническими проявлениями герпетического конъюнктивита были слезотечение, зуд или ощущение инородного тела в глазу, гиперемия конъюнктивы. Как правило, процесс начинался в одном глазу и со временем переходил на второй. При наличии изолированного конъюнктивита, необходимо подтверждение герпетической природы заболевания методом ПЦР. Материалом для ПЦР-исследования может быть соскоб эпителия конъюнктивы; исследование сыворотки крови в данном случае малоинформативно, из-за кратковременности или отсутствия вирусемии при рецидивирующих формах герпетической инфекции. Также использовались общеклинические методы исследования и обязательный осмотр окулиста для исключения глубоких форм поражения глазного яблока. Для профилактики рецидивов герпеса мы использовали культуральную герпетическую вакцину (Санкт-Петербург), которая вводилась внутривенно по 0,2 мл в дистальную треть предплечья один раз в неделю в количестве 5 доз, через 8—10 дней и 3—4 месяца проводились повторные курсы вакцинации по той же схеме. Вакцинация проводилась в период ремиссии. Рецидивы герпеса купировались системным применением Ацикловира по 200 мг 5 раз в сутки перорально в сочетании с местным лечением с применением глазной противовирусной мази, содержащей 3% ацикловира.

Результаты. При анализе результатов вакцинации были получены следующие данные: положительный эффект от проводимой вакцинации отмечался у 46,8% наблюдаемых пациентов, что на 15,9% ниже, чем при вакцинации у больных с кожно-слизистыми формами герпетической инфекции. При анализе результатов вакцинации при разных формах офтальмогерпеса обнаружилось, что при изолированных блефаритах вакцинация была эффективна у 66,7% пациентов, также как и при кожно-слизистых формах герпетической инфекции любой локализации (62,7%), а при конъюнктивитах вакцина была эффективна в меньшем количестве случаев — у 40,7% пациентов.

Для оптимизации результатов вакцинации мы

использовали Ронколейкин по 500 тыс МЕ подкожно через 48 часов в количестве 5 инъекций, который назначался одновременно с вакциной. При анализе результатов комбинированного лечения наблюдалось увеличение процента пациентов со стойкими положительными результатами от проводимой терапии. В среднем эффективность вакцинации повысилась на 21,3%. При сопоставлении результатов лечения с локализацией процесса были обнаружены различия. При изолированных блефаритах число стойких положительных результатов выросло до 75%, что на 8,3% выше, чем без добавления в схему лечения Ронколейкина. А у пациентов с конъюнктивитами процент больных со стойкой ремиссией достиг 68,1%, но эффективность лечения при этом возросла на 26%.

Выводы: 1. Эффективность герпетической вакцинации при лечении герпетических блефаритов составляет 66,7%, что соответствует результатам лечения кожно-слизистого герпеса (62,7%). 2. Эффективность вакцинации при герпетических конъюнктивитах достоверно ниже и составляет 40,7% ($p < 0,01$). 3. Применение комплексной схемы лечения, включающей вакцину и Ронколейкин, позволяет улучшить результаты лечения. При изолированных блефаритах на 8,3%, а при конъюнктивитах на 26%. 4. Полученные результаты позволяют прогнозировать эффективное применение комбинированного лечения у пациентов с другими формами герпетического поражения глаз.

Литература

1. Еременко А.И., Каленич Л.А., Воложенина О.П., Гамзаева И.В. Современные методы диагностики и клинко — морфологические особенности офтальмогерпеса // Краснодар, 2002—30 с.
2. Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Черных М.Д. Терапия герпетической инфекции. СПб., 1993, 40 с.
3. Козько В.Н., Бездетко П.А. Комплексная терапия больных офтальмогерпесом // Здоров'я України, 2003, №81.
4. Марков И.С. Диагностика и лечение герпетических инфекций и токсоплазмоза. К, 2002, 190 с.
5. Сомов Е.Е. Герпетические и эпидемически-вирусные кератоконъюнктивиты. — С.-Петербург.-1996. — 48 с.

ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У НАИВНЫХ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Алексейчик Д.С., Доценко К.Э.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Дислипидемии у ВИЧ инфицированных пациентов, находящихся на АРТ, характеризуются повышением ТС и снижением HDL-с. Уровень общего холестерина отражает прогрессирование ВИЧ-инфекции, причём, гипохолестеринемия соответствует терминальным стадиям болезни.

Материал и методы. Был проведен анализ уровня

общего холестерина (ТС) у пациентов с ВИЧ-инфекцией и сочетанием ВИЧ-инфекции и внегоспитальной пневмонии (период с января 2009 по февраль 2013 года). Когорта включала 179 пациентов с ВИЧ-инфекцией, не получающих антиретровирусную терапию (АРТ) (1 группа), 192 пациента с бактериальной пневмонией и ВИЧ-инфекцией (2 группа). Сравнили уровень общего холестерина на различных клинических стадиях ВИЧ-инфекции и при различных клинических вариантах течения внебольничной пневмонии. Полученные результаты обрабатывались статистическими методами с помощью программы SPSS 20.0. Использовали критерии Mann-Whitney and Chi-squared tests and multivariable linear/logistic regression.

Результаты. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов было 67% мужчин, возраст 32 года (18–46). Среди ВИЧ-инфицированных с пневмонией — 58% мужчин, средний возраст 34,5 лет (22–47). Давность установления диагноза ВИЧ-инфекции в группах была 6 (3–9) и 5 (2–8) соответственно. Путь инфицирования в группах был следующий: 58% половой и 42% гетеросексуальный (1 группа) и 63% и 37% соответственно (2 группа). У пациентов с тяжелым течением пневмонии уровень общего холестерина существенно ниже, чем у пациентов с легким течением внебольничной пневмонии ($3,11 \pm 0,78$ ммоль/л против $4,74 \pm 0,84$ ммоль/л, $p < 0,01$ до 45 лет и $4,33 \pm 0,89$ ммоль/л против $5,09 \pm 0,98$ ммоль/л, $p < 0,01$ после 45 лет). Риск развития тяжелой пневмонии при сопутствующей гипохолеsterинемии возрастает в 1,9 раза у пациентов до 45 лет, и в 1,2 раза у пациентов после 45 (OR 1,9, $p = 0,001$; OR 1,2, $p = 0,01$).

У пациентов с 1–2 стадиями течения ВИЧ-инфекции отмечается более высокий уровень общего холестерина (ОХ) ($4,62 \pm 0,18$ ммоль/л) CD4+ лимфоцитов ($269 \pm 22,53$ кл/мкл) и более низкий уровень вирусной нагрузки ($68431,53 \pm 22173,98$ копий/мл), чем у пациентов с 3–4 стадиями течения ВИЧ-инфекции ($4,04 \pm 0,24$ ммоль/л, $199,56 \pm 26,51$ кл/мкл, $148639,62 \pm 64462,02$ копий/мл соответственно). Риск развития тяжелых бактериальных осложнений в 3–4 стадии ВИЧ-инфекции возрастает в 2 раза при наличии гипохолеsterинемии (OR 2,0; $p = 0,001$).

Выводы. Полученные нами результаты указывают, что, вероятно, уровень общего холестерина может использоваться как прогностический фактор оценки степени риска и тяжести течения вирусных и бактериальных заболеваний, однако, это требует проведения дальнейших исследований.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАФОРАЗНОЙ И ЭСТЕРАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ

Алиева А.А.¹, Галимзянов Х.М.¹,
Аршба Т.Е.², Горева О.Н.²

1. ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России,

г. Астрахань, Россия

2. ГБУЗ Астраханской Области «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», г. Астрахань, Россия

По данным Всемирной организации здравоохранения вирусом гепатита С инфицировано в мире примерно 170 млн. человек, но также несомненно, что это лишь «айсберг», видимая часть которого является доступной для анализа. Тенденция к росту заболеваемости гепатитом С сохраняется и в Российской Федерации, и в мире в целом до сегодняшнего дня [1].

Современные подходы к оценке и коррекции состояния ряда энергообеспечивающих систем организма в норме и при наличии патологии невозможны без цитохимического изучения клеток крови [2, 3, 4]. Цитохимический анализ является высокоинформативным и относительно доступным методом изучения клеток.

Материалы и методы. Было обследовано 136 больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с умеренной степенью активности. На всех больных были оформлены информированные согласия на обследование и лечение. Среди обследованных пациентов мужчин было 72,06%, женщин — 27,94%. Средний возраст больных составлял $26,7 \pm 3,5$ лет.

Проводилось цитохимическое исследование ферментативной активности нейтрофилов в динамике заболевания: до и после лечения. Нейтрофилы определяли в мазке из цельной крови. Исследовали активность ферментов транспорта электронов кислорода: НАД-диафороаза (НАД), НАДФ-диафороаза (НАДФ); эстеразная активность: альфанафтилацетатэстераза (АЭ), альфанафтилбутиратэстераза (БЭ). Определение диафоразной активности проводили по методу Р.П. Нарциссова (1970 г.), определение эстеразной активности — по методу В.М. Вачштейна, Ф.Г. Вольфа (1973 г.). Подсчет результатов проводили полуколичественным методом Каплю (1955 г.).

Результаты исследования. Активность АЭ у мужчин с ХВГС умеренной степени активности до лечения была увеличена в 2,5 раза по сравнению с нормой ($62,65 \pm 0,01$ у.е.). СЦП реакции формировался исключительно клетками степени «а». После лечения активность фермента полностью нормализовалась.

Активность БЭ в нейтрофилах мужчин данной группы до лечения была резко повышена ($184,23 \pm 0,01$ у.е.), причем СЦП реакции формировался только клетками степени «в». После лечения полной нормализации активности фермента не происходило, все реагирующие нейтрофилы классифицировались как степень «а».

У женщин данной группы больных активность АЭ до лечения была повышенной ($40,36 \pm 0,01$ у.е.), все реагирующие клетки были степени «б». Активность БЭ также намного превышала таковую в норме ($267,75 \pm 0,01$ у.е.), но СЦП был сформирован клетками степени «в».

После курса базисной терапии активность эстераз полностью восстановилась как количественно (АЭ — $24,18 \pm 0,01$ у.е.; БЭ — $87,20 \pm 0,01$ у.е.), так и качественно (все клетки степени «а»).